العنوان:	الطلب على الخدمة الصحية ونظم تسويقها
المصدر:	الإدارة - مصر
المؤلف الرئيسي:	حسن، أمين عبدالعزيز
المجلد/العدد:	مج 25, ع 3
محكمة:	لا
التاريخ الميلادي:	1993
الشهر:	يناير
الصفحات:	60 - 87
رقم MD:	225335
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
قواعد المعلومات:	EcoLink
مواضيع:	الخدمات الصحية، التسويق، الأسعار، التأمين الصحي، ضبط الجودة
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/225335



الطلب على الخدمة الصحية ونظم تسويقها

اعداد
دكتور / أمين عبد العزيز حسن
مركز إعداد القادة للقطاع الحكومى
بالجهاز المركزى للتنظيم والإدارة

مقدمة :

الخدمة الصحية مطلب أساسى لكل انسان فى الحياة، تسعى المجتمعات الانسانية الى تحقيقه مهما اختلفت نظمها السياسية والاقتصادية، كما تحاول مختلف الدول توفير الامكانات المادية والتقنية والبشرية المناسبة فى مؤسساتها الصحية للارتفاع بمستوى أداء الخدمة الصحية.

وتعتبر الخدمة الصحية سلعة إقتصادية غير ملموسة شأنها شأن السلع الخدمية الأخرى غير الملموسة كالتعليم والسياحة والثقافة والفن ولكنها تتميز بمجموعة من الخصائص التى تؤثر فى الطلب عليها، الأمر الذى يتطلب تحديد هذه الخصائص حتى يمكن تحديد طبيعة الطلب على الخدمة الصحية.

ويساعد تحديد العوامل المؤثرة فى الطلب مختلف المؤسسات الصحية على اختيار نظم توصيل خدماتها الصحية التى تتبعها حتى تصل الى المستوى الذى يحقق اشباع احتياجات ورغبات المستفيدين من الخدمات الصحية التى تقدمها المؤسسات الصحية للمجتمع .

ويعكس تقدير حجم الطلب على الخدمة الصحية احتياجات المجتمع الحالية والمترقبة باعتبارها تمثل جانب الطلب على الخدمة كما يعكس نظام توصيل الخدمة الصحية جانب العرض فى أى مجتمع من حيث كمية ونوعية الخدمات التى تقدمها المؤسسات الصحية .

ونظرا لأن المؤسسات الصناعية تسعى بكل أجهزتها لضمان

رضاء المستهلك لمنتجاتها فانه من الأهمية أن تعمل المؤسسات الصحية على رضاء المستفيدين من خدماتها باعتبار أن المستهلك أو المستفيد هو سيد السوق ، ويجب أن تتفق مواصفات السلع والخدمات التى تقدمها المؤسسات مع رغباته واحتياجاته. ويثار هنا سؤال وهو هل تحتاج المؤسسة الصحية الى أنشطة التسويق كما هو متبع فى المؤسسات الصناعية ؟.

من منطلق أن المؤسسات الصحية تنتج خدمات علاجية ووقائية فى مختلف التخصصات فان من الأهمية بمكان أن تقوم بتحديد حصتها من اجمالى المرضى الحالين والمرتقبين لمختلف الأمراض حتى تلائم انتاجها مع حجم الطلب على خدماتها.

ولا يكفى المؤسسات الصحية تحديد حجم الطلب المتوقع على خدماتها ولكن لابد من تحديد أفضل نظم توصيل(توزيع) خدماتها للمستفيدين حتى تشبع رغباتهم فى تقديم خدمة صحية أفضل، خاصة فى المؤسسات الصحية للقطاع الخاص التى تقع فى ظل منافسة من مختلف المؤسسات الصحية المماثلة .

ومن هنا فان البحث يحاول أن يجيب على خمسة أسئلة هامة من خلال العرض والتحليل وهى : ـ

١ ـ ما طبيعة الطلب على الخدمة الصحية والعوامل المؤثرة فيه ؟

٢ ـ ما الخصائص المميزة للخدمة الصحية وعلاقتها بتقدير الطلب وتوصيل الخدمة ؟

٣ ـ ما أهم عناصر نظام توصيل الخدمة الصحية ؟ وعلاقته بالنظام الصحى الكلى ؟

٤ ـ ما خصائص التسويق فى المؤسسات الصحية؟

٥ ـ ما عناصر التداخل بين نظم أداء الخدمة وتسويقها وتوصيلها ؟

ولذا فان البحث سوف ينقسم الى العناصر التالية :

أولا ـ الطلب على الخدمة الصحية .

ثانياً ـ خصائص الخدمة الصحية.

ثالثا ـ نظام توصيل الخدمة الصحية .

رابعاً ـ خصائص التسويق فى المؤسسات الصحية .

خامسا ـ التداخل بين نظم أداء الخدمة وتوصيلها وتسويقها.

محتويات البحث :

أولا ـ الطلب على الخدمة الصحية .

١ ـ مفهوم الطلب : The Demand Concept

الطلب له معنى محدد لدى الاقتصادين، حيث يعرف " بأنه جدول يوضح الكميات المختلفة من سلعة ما ، التى يكون المستهلكون معتزمين وقادرين على شرائها عند سعر معين وفى وقت معين، وفى ظروف معينة عن فترة محددة من الوقت" (١) .

ويعرف الطلب أيضا بأنه " الكمية التى يمكن أن تشترى فعلا فى السوق من سلعة أوخدمة مميزة خلال مدة معينة نتيجة تفاعل مجموعة من العوامل المحددة " (٢).

وعلى ذلك فان الرغبة فقط فى الشراء لا تعتبر طلبا ، الا اذا كانت مقرونة بالقدرة على الشراء عند سعر معين حيث أن جدول الكميات يوضح قدرة المستهلكين على الشراء عند مختلف الأسعار . ولذلك عند التكلم عن الكمية التى يطلبها مستهلك معين يجب أن يحدد السعر الذى تطلب عنده هذه الكمية ، فلا معنى أن نحدد الكمية المطلوبة دون النظر الى السعر الذى تطلب عنده هذه الكمية .

كما يجب أن تكون الكمية المطلوبة خلال فترة زمنية معينة (يوم ، أسبوع، شهر، سنة ..) والمقصود بالكمية التى يطلبها المستهلك عند سعر معين هى الكمية التى يكون قادرا ومستعدا لدفع ثمنها .

وعلى ذلك فان هناك فرقا بين الرغبة والطلب، وأن السعر هو المتغير المستقل والكمية هى المتغير التابع، وليس العكس. وبعبارة أخرى تتوقف الكمية المطلوبة على السعر، وليس السعر هو الذى يتوقف على الكمية المطلوبة .

ومن ثم فان للطلب عند الاقتصاديين أربع خصائص هى :(٣)

١ ـ الطلب ليس مجرد الحاجة التى يحس بها الشخص أو

الرغبة المجردة فى الحصول على السلعة أو الخدمة وانما المقصود بالطلب الرغبة المدعمة بالقوى الشرائية فى الحصول على السلعة أو الخدمة فى السوق والتى تتمثل فى القدرة على دفع ثمن هذه السلعة أو الخدمة والاستعداد الحقيقى لهذا الدفع أى الطلب الفعلى .

ب ـ الطلب ينصرف الى قائمة منتجات فرع (انتاجى) أو صناعة بأكملها وليس تلك التى ينتجها فرع أو فرد داخل هذه الفروع أو الصناعة .

جـ ـ ان الطلب عبارة عن تيارات متصلة، فهو لا يعنى عملية شراء وحدة منعزلة بل تيارا متصلا من عمليات الشراء، نتيجة لذلك فانه لابد من التعبير عن الطلب بأنه الكمية التى تطلب عند فترة زمنية معينة.

د ـ الكمية التى تطلب من السلعة أو الخدمة لا تتوقف على عامل واحد ، وانما على مجموعة من العوامل المؤثرة فى تحديد حجم هذه الكمية عند مستوى معين دون غيره.

وقد رأى البعض أن التفسير الاقتصادى للطلب لا يكفى ـ وان كان ضرورياً ـ لمستخدمى القرارات التسويقية، حيث لا يكتفى رجل التسويق بالسعر كمحدد للطلب بل يجب أن يأخذ فى الحسبان كل العوامل والظروف المحيطة بالمشترى، ولذا نجد النماذج التسويقية لتحليل الطلب تربط بين كمية الطلب وحجم الانفاق من ناحية، ومستويات النشاط الاقتصادى العام من ناحية أخرى . (٤) .

ومن هنا لا يصلح ارتباط الطلب بالسعر وحده واهمال العوامل الأخرى المؤثرة لاتخاذ القرارات التسويقية، ولذا فان من الأهمية بمكان تحديد العوامل المؤثرة على الطلب لكل سلعة أو خدمة مجموعة من السلع أو الخدمات عند تحديد الطلب عليها . وحيث أن الرعاية الصحية خدمة تتأثر بكثير من العوامل فان التحليل الاقتصادى للطلب ليس كافياً، وانما يجب أن يكون التحليل شاملا للظروف المحيطة بالخدمة.

٢ ـ الطلب على الخدمة الصحية طلب مشتق من الطلب على الصحة :

The Demand for health service is derived from health Demand

الخدمة الصحية خدمة يطلبها الانسان فى مراحل حياته من المؤسسات التى تتولى انتاجها حيث نوع مرضه وطبقاً للظروف العامة فى المجتمع، وفقا لمستويات معينة، وحسب القيود التى يفرضها النظام الاقتصادى والاجتماعى والصحى العام فى المجتمع.

ومن ثم فان الانسان يسعى الى أن يعيش حياة صحية مناسبة بعيدة عن المرض والقلق ولذا فإنه حين يطلب الخدمة الصحية لا يطلبها فى حد ذاتها وانما يطلبها بهدف تحسين صحته وازالة قلقه.

وعندما يتكلم الاقتصاديون حول الطلب على الرعاية الصحية أو سلعة أخرى فانهم يتكلمون حول الرغبات والقدرة على الدفع، وهذا الشكل لا يجعلنا نخلط بين الحاجة والارادة أو الرغبة، حيث ان هذه الكلمات متتابعة فى استخدام التعبير التداخلى للطلب بواسطة موقع الفرد، كما أن تعبير الحاجة الى الرعاية الصحية أو الطبية أكثر تعميما وأقل قيمة فى تحليل الأهداف . (٥)

وبنظرة فاحصة نجد أن معظم الدراسات الجديدة التى تناولت الطلب على الرعاية الصحية جاءت من الدراسات التى قامت بها جروسمان (GROSSMAN) عام ١٩٧٢م التى أكدت أن الطلب على الرعاية الصحية طلب مشتق من الطلب على الصحة ذاتها، وهذا الأمر هو الذى يشكل النموذج المالى والانسانى لتصرف المستهلك. (٦)

وأكد النموذج أن الأفراد سوف يستفيدون من الانفاق على تحسن صحتهم بافتراض أنهم يعرفون تماما الشكل المناسب لصحتهم، كما افترض النموذج مقارنة الأفراد للفوائد التى تعود عليهم من الانفاق على تحسين صحتهم بالانفاق على السلع والخدمات الأخرى، للوصول الى أنسب مستوى صحى لهم .

ومن العرض السابق تلاحظ أن النموذج الاقتصادى فى تحديد الطلب على الرعاية الصحية يمكن الاستفادة منه فى تحليل الطلب، الا أنه ليس كافيا الا اذا تم دارسة الظروف المؤثرة فى الأفراد المستفيدين من الخدمة ونوعية الأمراض الشائعة .

ومن ناحية أخرى أن الحاجة المقرونة بالقدرة على الدفع لا

تعتبر قيدا على الطلب على الخدمة الصحية، نظرا لوجود مؤسسات تتولى العلاج مجانا لغير القادرين لأن الدولة تتولى رعاية أفراد المجتمع فى المجتمعات الاشتراكية، كما أن بعض الدول تأخذ بنظام التأمين الشامل أو التأمين التعاونى .

ولذلك فإن المشكلة لا تكمن فى تحديد شكل الطلب أكثر من كونها تكمن فى تقدير الطلب على الخدمة الصحية لوضع البرامج الصحية الملائمة.

٣ - مشكلات تقدير الطلب على الخدمة الصحية:

Estimation problem of the Demand for health service.

إن الطلب على الخدمة الصحية يتزايد بمعدلات تفوق معدلا الزيادة فى المعروض من تلك الخدمة ممثلة فى ندرة الموارد الصحية والفنية، ونقص عدد المنظمات وعدد المتخصصين من أطباء وممرضات، ومديرين، ووسائل أشعة واداريين فى المجتمعات.(٧)

ومن الدراسات الهامة التى اهتمت بتقدير الطلب على الخدمة الصحية والعوامل المؤثرة عليه الدراسة التى قام بها (جون كولس وبترويست) وهى دراسة تجريبية لتقدير الطلب على الرعاية أو الخدمة الصحية وقد وصل من خلال التجريب الى معادلة الطلب المشتقة من تحليل معادلة الانحدار التى تأخذ الشكل التالى : (٨)

الطلب على الخدمة يكون علاقة بين مجموعة العوامل المتداخلة وهى :

كمية الطلب = دالة (السعر، الدخل، تغطية التأمين، التعليم، العمر، المستوى الصحى ..)

حيث أن :

السعر للخدمة	=	P
الدخل	=	Y
تغطية التأمين	=	INS
التعليم	=	ED
العمر	=	AGE
المستوى الصحى	=	H

ان العناصر التى تشكل كمية الطلب على النحو التالى :

أ - السعر : Price

خلال العقد الماضى والمعرفة التجريبية حول الطلب على الخدمات الطبية خاصة فيما يتعلق بأسعارها وامتداد الخدمة والتوسع فى عملية التأمين الصحى بشكل ضخم ومن أهم الدراسات دراسة أثر السعر. حيث أن ارتفاع السعر يوسع الانفاق عندما يكون الطلب غير مرن، ويكون له تأثير عندما يكون الطلب مرنا . وعند فحص الانفاق فى سوق الرعاية الصحية لامداد نظام الرعاية فان لسعر الخدمة دورا بارزا برغم صعوبة حساب أساسيات تأثير السعر فى مجال الرعاية.

وقد اعتمدت المعادلة السابقة على البيانات عن السعر مع المتغيرات التى تشمل الدخل وحجم الأسرة والتعليم، وعلاقة العامل فى تحليل معادلة الانحدار.

ب - الدخل : Income

ان التقديرات التى زود بها جروسمان (Grossman) ١٩٧٢ م ورست هنج Rosett Heang وفليبس (Phelps) ونيو هوس (New House) . ١٩٧٤. (٩)

كلها تشير الى وجود علاقة ايجابية فى تأثير الدخل على الانفاق على الرعاية الصحية وأن نتائج (جروسمان) تشير الى علاقة سلبية بين الدخل وعدد أيام الصحة فى السنة .

وهذه المحصلات تحسب فى التطبيقات العملية فى هذا النموذج أى أن (جروسمان) و (فليبس) (ونيو هوس) قدموا بعض المقاييس لمعدل الأجور أو مكونات الأجر للدخل بالاضافة لمقياس الدخل.

وهذه الدراسات أكدت أن الدخل مرن بالنسبة للطلب على الرعاية الصحية ويكون أقل من الواحد بحيث أن الدراسات افترضت أن التوسع فى الدخل بمفردة لا يؤدى أو - لا يحسب - لأجل معدل الزيادة فى الرعاية الصحية فى الاستهلاك . وأن المرونة تكون حوالى ٧ر عندما يكون تأثير الأجور عاليا . وأن المرونة عند (نيوهوس) ؤ (فليبس) تكون فى حدود ١ر أو أقل فى حين أن (فليبس وهينج) حصلا على تقديرات بين ٢٥ر - ٤٥ر للمرونة معتمدين على غير تقديرات الأجور .

وهذه الدراسات الثلاث تؤكد مجتمعية التأثير السلبى

لمعدلات الأجور وتكون مرونات الدخل منخفضة عندما يكون معدل الأجور غير مشمول، وأن التأثير السلبى للدخل فى أيام الصحة الجيدة، وأثر ذلك على الرفاهية الجيدة للاستهلاك بواسطة الأغنياء الذين يحاولون أن يدمروا صحتهم .

وبرغم أن الدخل أحد العوامل المؤثرة فى تقدير كمية الطلب فانه يكون له تأثير مع بقية العوامل الأخرى

جـ ـ التأمين : Insurance

من المحاولات الصعبة محاولة تغطية التأمين للانفاق على الفرد فى مجال الصحة التى تكون فى أشكال متعددة منها : التأمين المتعادل والتأمين الشامل، والتأمين التعاونى.

وقد حاول (Roseft) وهينج (Huang) فى عام ١٩٧٣ م تحديد أثر التأمين التعاونى أو معدل التأمين التعاونى فى وحدة تكاليف الرعاية الصحية المتولدة بواسطة شركة التأمين. ومن مختلف البيانات حول التأمين التى غطتها الدراسة، كانت نتائجهم واقتراحاتهم يتضمن علاقة ايجابية بين معدلات التأمين والانفاق الصافى على الرعاية الصحية بواسطة المستهلك، بالاضافة الى أن النتائج اقترحت زيادة مرونة الدخل للطلب مع ارتفاع معدل التأمين التعاونى.

وهذه نتيجة طبيعية حيث انه فى حالات تعاظم تغطية التأمين فانه يواجه انخفاض فى سعر الرعاية الصحية التى يطلبها ويكون العرض لكمية الرعاية الصحية للدولار الواحد متزايد بدرجة أكثر من الفرد الذى لا يكون فى نطاق التأمين التعاونى . (١٠)

ومن هنا فان تقديرات الطلب تتأثر بنوع التأمين مع الأسعار والدخل، ويعتبر التأمين أحد العوامل التى تشكل كمية الخدمات الصحية المطلوبة .

د ـ التعليم : Education

بالمراجعة التجريبية لتأثير التعليم فى الطلب على الرعاية الصحية وجد أنه محدود التأثير والعلاقة غير واضحة، وقد درست العلاقة بواسطة (جروسمان) فى وجود علاقة ايجابية لمخزون الصحة، ومع ذلك فانه عندما قاس البيانات بواسطة أيام المرض لم يصل الى نتيجة مسلم بها من العلاقة الاحصائية بين التعليم والطلب على الخدمة الصحية، حتى فى نموذج التوقع كانت العلاقة سالبة.

كما أن (فليبس ونيوهوس) أيضا فشلا فى ايجاد علاقات بين التعليم والطلب على الرعاية الصحية ولهذا فان هذه النتائج قليلة الفائدة.

هـ ـ العمر AGE

من البديهى أن مرحلة الطفولة تزيد فيها الأمراض عنها فى مرحلة الشباب وكذلك فى مرحلة الكهولة عنها فى المرحلة السابقة لها. ولذلك يزيد معدل الوفيات فى الطفولة والكهولة عنها فى مرحلة الشباب مع بقاء العوامل ثابتة نسبياً.

و ـ المستوى الصحى :Healthy Standard

يؤثر المستوى الصحى فى حجم الطلب على الخدمات الصحية، وهذا يظهر بشكل واضح فى الدول النامية والدول الأكثر تقدما، وكذلك على مستوى الأفراد الأصحاء والأفراد المصابين بأمراض معينه، وعلى ذلك هناك علاقة واضحة بين المستوى الصحى وحجم الطلب على الخدمات الصحية فى المجتمعات المختلفة.

وخلاصة القول أن المعادلة السابقة تعتبر أساساً جيدا عند تقدير كمية الطلب على الخدمة الصحية أو على نوع الخدمات الصحية التى تتعلق بمرض معين. ويمكن قياس الطلب على الخدمات الصحية بطريقتين :

أولاهما : وحدات الاستخدام المادى :Phiycial Units of utilization

ثانيهما : الانفاق على الخدمات أو الرسوم : Expenditur

وبرغم أن الانفاق يمكن أن يمدنا بالترتيبات ويساعد على التنبؤ بعد التأكد من الأسعار والتكاليف الحدية، واختلاف النفقات التى ينظر الى تأثيرها والأسعار الصافية التى تعطى للخدمات الطبية، وتفيد عندما يتغير التأمين ومعدل الاختلاف فى الانفاق المطلوب.

ويمكن قياس الطلب عن طريق وحدات الاستخدام المادى، مثل عدد أيام العلاج فى المستشفيات وعدد زيارات المرضى، وعدد المرضى المترددين على المستشفى، أو المركز الطبى ورغم استخدام الوحدات الداخلية فى الطلب، فأن خدمات الولادة تعتبر أحد المؤثرات فى زيادة الوحدات دون تأثير الطلب على الرعاية الطبية.

كما يمكن قياس الطلب على الخدمات الصحية باستخدام طرق احصائية ورياضية معينة مثل : تحديد الانحدار أو طريقة المتوسطات المتحركة لامكانية التنبؤ بالخدمات التى يتولى القطاع الصحى عرضها خلال فترة معينة.

٤ ـ تزايد الطلب على الخدمة الصحية :

The Demand Increasing for health service.

يتزايد الطلب عل الخدمات الصحية فى العقد الآخير نتيجة تزايد الانفاق على الخدمات الصحية والمؤسسات التى تتولى صناعتها، وقد كان هذا التزايد فى الدولة النامية والمتقدمة معا. ويلعب الانفاق الحكومى دوراً هاماً فى تحديد الطلب الكلى على السلع والخدمات فى مختلف المجتمعات الحديثة، ويزداد هذا الدور فى البلاد التى تنتهج أسلوب الاقتصاديات المخططة، ولذلك عندما تقوم الحكومة بالانفاق على المشروعات الاقتصادية ومشروعات الخدمات فانها تدخل كمشترى للخدمات وبذلك تخلق دخولا جديدة للقطاع العائلى أى أنها تخلق الطلب الفعال فى المجتمع. (١)

وفيما يلى أمثلة على تزايد الانفاق على الخدمات الصحية فى بعض الدول :

أ ـ الولايات المتحدة الأمريكية :

بلغ انفاق الولايات المتحددة الأمريكية على الخدمات الصحية حوالى (١٢) بليون دولار أى حوالى ٧٨ دولار للفرد وحوالى ٤٫٦ ٪ من الانتاج القومى الصافى، وذلك خلال عام ١٩٥٠ م.

وفى عام ١٩٧٥ م أصبحت هذه التكاليف (١١٨٫٥) بليون دولار وأصبح نصيب الفرد منها (٥٥٠) دولار، وأصبح نسبة الانفاق على الخدمات الصحية للناتج القومى الصافى تمثل ٨٫٣ ٪ (١٢) وهذه النسبة تدل على السرعة فى التوسع فى هذه الخدمات ونلاحظ أن التوسع فى الانفاق فى الفترة من ١٩٥٠ م حتى عام ١٩٧٥ م توسع كبير حتى أصبح بمقدار (٩٢٫٧) بليون دولار. وكان ناتجا عن مجموعة من العوامل منها، الأسعار وتزايدها، والسكان، وبعض العوامل الاخرى. (١٣)

ب ـ سويسرا :

تقدر التكاليف الاجمالية للرعاية الصحية بحوالى ٢٫٨٪ من اجمالى الدخل الصافى عام ١٩٥٠ م

وارتفعت هذه التكاليف الى ٣٫٣ ٪ خلال عام ١٩٦٠ م ثم ارتفعت الى ٧ ٪ فى عام ١٩٨٠ م وأصبحت ٧٫٤ ٪ من اجمالى الدخل الصافى فى عام ١٩٨٢ م.

وهناك ثلاثة عوامل أثرت فى زيادة التكاليف فى سويسرا (١٤).

أولها : النمو السكانى وارتفاع المستويات الصحية وارتفاع مستوى الأعمار والتوسع فى الرعاية الصحية والتركيبات الديمغرافية مع انخفاض معدل الوفيات، وارتفاع الانفاق على الصحة حيث وصل المعدل السنوى الى ١٫٥ بليون فرنك سويسرى.

ثانيها : زيادة عدد الأطباء حيث زاد عدد الأطباء أكثر من الضعف فى العقد الأخير وأصبح هناك طبيب لكل (٤٠٠) من السكان وهذا أكبر معدل طبيب / سكان فى العالم. وفى نفس الوقت تخرج الجامعات السويسرية سنويا ما بين ٨٠٠ ـ ٩٠٠ طبيب جديد. وهناك عدد متوقع للمضاعفة من عام ١٩٧٥ م وعام ١٩٩٠ ومن نفس العام الى عام (٢٠٤٠) تتضاعف الأعداد ثلاث مرات . (١٥)

ثالثها : ارتفاع طاقه قطاع الرعاية الصحية حيث بلغ معدل الرعاية فى المستشفى سرير لكل ألف من السكان فى سويسرا وبلغت معدل طاقة السرير ٧٥ ٪ من التشغيل مع اختصار عدد أيام العلاج.

ومن خلال تجربة كل من الولايات المتحدة الأمريكية وسويسرا نرى أن الانفاق على الرعاية الطبية يتزايد باستمرار ولا يعزى ذلك الى التضخم فى ارتفاع الأسعار وانما لتزايد الطلب من جانب السكان على الخدمات الصحية كما أن هناك عوامل تزيد من الطلب بدرجة أساسية فى معظم الدول.

٥ ـ العوامل التي تساعد على زيادة الطلب على الخدمة الصحية :

Thefactors help to demamd increasing for Health service.

الطلب على الخدمات الصحية فى العالم متزايد بزيادة عدد السكان وارتفاع الدخل وهناك مجموعة من المشكلات العالمية التى تزيد من الطلب على الخدمة الصحية ومن أبرز هذه المشكلات ما يلى :

أ ـ الانفجار السكانى :

تعتبر مشكلة تزايد عدد السكان فى العالم من المشكلات الاجتماعية التى تستدعى اهتماما بالغا عند رسم الاطار السياسى أو الاقتصادى أو تخطيط الخدمات الصحية.

وقد بلغ اجمالى تقدير سكان العالم فى عام ١٩٨٣م بالمليون ٤٦٧٧ نسمة وبلغ معدل الزيادة الطبيعية على مستوى العالم ١ر٨ والتقديرات لعام ٢٠٠٠ سوف يصل عدد سكان العالم الى ٦١٣٠ نسمة وتوقعات الحياة (٦٢) سنة .(١٦)

وتزايد أعداد السكان بأعداد كثيرة يخلق الطلب على الخدمة الصحية بشكل فعال وأن تزايد السكان خلق مجموعة من النتائج، أبرزها :

ـ انخفاض معدل الدخل الحقيقى للفرد بسبب التضخم الاقتصادى المتزايد وخاصة فى الدول النامية حيث تنوع وتزايد تركيب السكان مع تحرك سريع ومطرد من القرى الى المدن والمناطق المتحضرة.

ـ تزايد المعدل المتوسط الانسانى للحياة life Expec-tancy وتزايد هذه النتائج تزيد من الطلب على الخدمات والعلاج الصحى حتى ولو اختلف الطلب فى الحجم والنوع من خدمة طبية الى أخرى.

ولذا من الأهمية بمكان أن توضع المشكلة السكانية فى الاعتبار الأول عند وضع تقديرات للطلب على الخدمة الصحية فى الفترة القادمة.

ب ـ تلوث الجو والبيئة :

تلوث الجو يعنى تلوث البيئة بطريق مباشر أو غير مباشر، والتلوث مشكلة صحية ذات دلالة حيث أن تلوث الجو يؤثر على المحاصيل الزراعية والثروة الحيوانية، ويؤثر على نمو الأطفال والكبار. وتلوث البيئة يحدث نتيجة تلوث المياة وليس بسبب الجو فقط مثل المستنقعات والترع والبرك. والقاء بقايا المصانع والمنازل فى الممرات المائية مما يؤثر على المياة التى تعود للمنازل ويؤثر تلوث التربة على الغذاء نتيجة الكيماويات وعوامل الأشعة كما أن تلوث البيئة أيضا يحدث نتيجة الضوضاء والأصوات غير المرغوبة.

وهذه المشكلة من العوامل الأساسية فى زيادة الطلب على الخدمات الصحية فى العالم.

جـ ـ الحوادث والحروب :

من أبرز العوامل التى تساعد على زيادة الطلب على الخدمات الصحية فى العالم مشكلة تزايد معدل الحوادث والحروب فى العالم وما ينتج عنها من دمار وعجز وموت وفناء يزيد من كمية العلاج للأفراد المصابين فى تلك الحوادث أو الحروب.

وهذا يتطلب عددا أكبر من الأطباء والمستشفيات والأسرة والكيماويين العاملين فى قطاع الأدوية.

وتمثل الحروب فى العالم مشكلة أساسية فى تزايد الطلب على الخدمة الصحية، حيث لا تنتهي الحروب أبدا فى قارات العالم، وكذلك الزلازل والكوارث.

د ـ نقص الغذاء والجفاف :

تعانى الدول النامية بصفة عامة من نقص الغذاء مما يؤدى الى انتشار أمراض نقص الغذاء، مثل (الأنيميا) وكذلك الجفاف الذى يؤثر على الزرع والحيوان الذى يعيش عليه الانسان وهذا ما كان واضحا فى عام ١٩٨٥م فى جفاف دول أفريقيا الوسطى وكان له أثر فى انتشار الأمراض وتزايد الطلب بزيادة خدمات الغذاء والعلاج.

ولذا فان نقص الغذاء والجفاف من العوامل الأساسية فى زيادة الطلب على خدمات الرعاية الصحية.

ومن العرض السابق نلاحظ أن الطلب على الخدمات الصحية فى تزايد باستمرار نتيجة لزيادة عدد السكان، وتزايد معدلات الحياة والتلوث والحوادث مع تزايد الانفاق على الخدمات الصحية فى الدول المتقدمة والنامية على السواء. كما أن الارتفاع الحاد فى الرعاية الصحية أصبح ظاهرة مستقرة فى العالم كما أصبح ظاهرة فى الدول النامية، وذلك للأسباب التالية :

ـ التغيرات الديمغرافية للسكان وهذا متغير قديم.

- التقدم التكنولوجى الطبى وتقدم أساليب التشخيص.

- ارتفاع توقعات الجمهور والمختصين فيما يتعلق بالتقدم التكنولوجى فى اساليب العلاج.

- اعتماد معظم المجتمعات على الخدمات الصحية الحكومية أكثر من الاعتماد على الرعاية التجارية.

- ارتفاع الأجور والمرتبات مع التوسع فى التخصصات الطبية والارتفاع فى مستويات المهارة. وتحويل التمويل من الدفع المباشر بواسطة الأفراد لمبالغ التأمين الحكومى.

وبرغم التزايد المستمر فى الطلب على الخدمة الصحية فى معظم دول العالم الا أن الطلب على الخدمة فى دولة ما يتأثر دائما بخصائص الخدمة الصحية فى تلك الدولة.، وبمدى اقبال الأفراد على استهلاكها.

ثالثا - خصائص الخدمة الصحية :

تتميز الخدمة الصحية بمجموعة من الخصائص التى لها أثرها على سوق المنافسة الكاملة وعلى طبيعة الطلب كما تحدد هذه الخصائص طبيعة الطلب. وتؤثر الخصائص التالية على نظام توصيل الخدمة للمستفيدين منها :

١ - الخدمة الصحية سلعة غير ملموسة :

السلعة شيء مادى ملموس يتمثل فى ذات أو شيء ملموس، فى حين نجد الخدمة تتمثل فى أداء أو عمل أو مجهود . (١٧) أى أن الخدمة الصحية غير ملموسة .

Service is deed a performance an Effort.

ونعنى بغير الملموس أننا لا نستطيع أن نلمسة أى لا يمكن ادراكه بحاسة اللمس. كما أننا لا نستطيع أن نحدده بسهولة فى اطار يمكن امساكه.

وتعتبر هذه الخاصية هامة عند تقدير كمية الخدمات المطلوبة لمجتمع ما والعوامل الملموسة التى تعتمد عليها انتاج هذه الخدمات.

٢ - تزامن الانتاج والاستهلاك (ان انتاج الخدمة استهلاكها يتم فى ان واحد) :

Simultneaus prodution and consumption.

تنتج الخدمة الطبية على مختلف مستوياتها سواء فى العيادة الخارجية أو المراكز الصحية المختلفة أو فى الأقسام الداخلية. وتستهلك فى نفس الوقت بواسطة المستفيد منها، ويتطلب أن يكون المستفيد من الخدمة موجودا عند عملية الاستهلاك، أى أن المريض يكون موجودا عند عملية الفحص والتشخيص ووصف العلاج، وهذا يعنى أن هناك عملية اتصال مستمرة بين الموصل للخدمة والمزود بها .

وتؤثر عملية الانتاج والاستهلاك فى تقدير الطلب من خلال كمية العناصر المتاحة للخدمة مع العناصر المستفيدة منها فى نفس الوقت.

٣ - قلة التنميط والتوحيد للخدمة الصحية :

Less Standardized and Uniform.

صناعة الخدمة الصحية تتجة حيث يتواجد الناس، ونظرا لاختلاف طبيعة الناس وأمراضهم وحالاتهم النفسية، فان الخدمة تتنوع من فرد لآخر حتى للفرد الواحد فانه يحصل على خدمة الجراحة، والعيون والقلب والصدر ... الخ.

ونفس الشيء بالنسبة للوحدات التى تنتج الخدمة فانها تتنوع باختلاف الأمراض والتخصصات، وهذا الأمر يتطلب أن يتم تقدير الطلب على كل تخصص عند تقدير الطلب على الخدمة الصحية.

٤ - الخدمة الصحية سلع عامة: Publice Goods

السلع العامة تخضع للتأثيرات الخارجية بدرجة أساسية وتتميز هذه السلع بأنها حساسة للجمهور. وقد حدد كل من (ماسجريف Musgrave) ١٩٧٦ (وبوسطن Poston) خاصتين للسلع العامة او الخدمات العامة أولاهما حالة المنافسة ثانيتهما الاقصاء أو الابتعاد (Excludability) . والخاصية الأولى تعنى ببساطة أن الفرد عندما يستهلك سلعة أو خدمة عامة فانه يقف فى علاقة تنافسية مع. شخص أخر، فمثلا عندما يستهلك المريض الخدمة الطبية فى ساعة تشغيل فى العيادة الخارجي فان ذلك قد أوقف فرصة ممثلة فى الوقت الذى استغرقة الفرد الأخر المنتظر للخدمة باعتبار أن الطلب مستمر على وحدة الخدمة أما الخاصية الثانية وهى خاصية الاقصاء (وهذا اسم مقترح) وهو احتمال فنى ، لاقصاء البعض من فوائد الخدمة، ولاحظ هذا فى سلع الجمهور فى احتمال اقصاء بعض المستفيدين عندما تكون التكاليف

مرتفعة، وتكون أكثر من التكاليف المحددة (وهاتان الخاصيتان تعتبران مدخلين أساسين فى سوق الخدمة الصحية فى حالة المنافسة الكاملة).

٥ ـ الطبيعة الاحتكارية : Matural Monopoly

تتنافى الطبيعة الاحتكارية مع المنافسة الكاملة، حيث تؤدى قلة المنتجين الى زيادة عرض السلعة بسعر أعلى كبيرا من التكاليف الحقيقية لانتاجها. وهذا الاحتكار عادة ما يطلق عليه غير الطبيعى.

كما أن الاحتكار يرجع الى طبيعة السوق المحلى، التى تسمح بدخول منتجين جدد فيه. وعادة ما يكون فى منطقة جغرافية معينة، وهو ما يسمى بالاحتكار المكانى Sptial Monopoly وهذا النوع الأخير من الاحتكار يمكن أن يكون فى مجال الرعاية الصحية، خاصة فى المستشفيات أو الأطباء المحتمل أن يكونوا داخل المنطقة الجغرافية بدون سفر بعيد، أوأن يكونوا داخل المجتمع المحلى . (١٩)

ولا يمكن أن تتحقق المنافسة الكاملة (الخالصة) والتى تتميز بدخول عدد كبير من البائعين والمشترين وتجانس السلع والخدمات وحرية الدخول والخروج من السوق، ووجود معلومات كاملة من جانب البائعين والمشترين عن السوق مع اتخاذ قرارات رشيدة للبيع والشراء . (٢٠).

ورغم أنه المنافسة الكاملة لم تتحق فى الواقع العملى الا أنها تساعد النظرية نفسها فى تفسير بعض المشكلات التسويقية . (٢١)

وبناء على ذلك فان المنافسة الكاملة لم تتحقق فى مجال الخدمة الصحية نظرا لأنها سلعة غير متجانسة ومن هنا فان الطبيعة الاحتكارية تعتبر سمة من سماتها ولها أثرها فى تقدير الطلب عليها.

٦ ـ خاصية الخارجية : Externality

التعامل بين المستفيدين من الخدمة والمنتج لها يحدث نوعا التفاعل بينهما، كما أن هناك طرفا ثالثا فى الخدمة ـ وهو المجتمع ـ يتأثر بالخسارة الناتجة من سوء أدائها. فعندما يستفيد المريض من الخدمة العلاجية فان المنفعة الاجتماعية ـ كطرف ثالث ـ تزداد بسلامة صحة الأفراد، والعكس عندما يكون الأفراد مرضى فان المجتمع يتأثر بذلك.

وعلى سبيل المثال فان أفراد المجتمع سوف يستفيدون اذا قام الأخرين بتحصين أنفسهم من بعض الأمراض والتى تخفض درجة المخاطرة التى تحدث نتيجة المرض، أو قام بعض الأفراد بعلاج أنفسهم من بعض الأمراض والتى تخفض درجة المخاطرة التى تحدث نتيجة المرض، أو قام بعض الأفراد بعلاج أنفسهم من مرض منتشر فان أثر ذلك سوف ينعكس على باقى أفراد المجتمع الأخرين. ولذا فان هناك علاقة بين الرعاية الصحية والأفراد عندما ينظرون لأنفسهم كأعضاء فى بنيان اجتماعى واحد ويهتمون بكمية ونوعية الرعاية الصحية ويستفيدون منها فى علاج أمراضهم .

وخاصية الخارجية تأخذ عدة صور منها : أن الأفراد معنيون بالاهتمام بصحتهم باعتبار ذلك حلقة أساسية فى زيادة الدخل الكلى **الصورة الثانية** : أن عائد صحة الأفراد سوف يساهم فى حجم الدخل الكلى **الصورة الثالثة** : وهى أن الأفراد غير معنيين بكمية الرعاية الصحية بدرجة مطلقة ولكن اهتمامهم بنوعية الخدمة التى يحصلون عليها باعتبارهم أعضاء فى المجتمع . (٢٢)

ومن ثم فان خاصية الخارجية تؤثر فى زيادة صحة المجتمع كطرف ثالث مستفيد بشكل مباشر من الخدمة المقدمة لأفراده. ولذا فان أهمية هذه الخاصية تظهر عند تقدير الطلب الاجتماعى على الخدمة الصحية باعتبار أن المستفيد من الخدمات المقدمة أفراد المجتمع.

ويمكن أن نطلق على ذلك العائد الاجتماعى من أداء الخدمة الصحية.

٧ ـ التغيير التكنولوجى السريع فى مجال الخدمة الصحية : .Rapid Technological Change

من أبرز الخصائص المميزة للخدمة الصحية التغيير التكنولوجى السريع فى مجال الخدمة الصحية نتيجة الأبحاث الطبية المتقدمة فى أساليب العلاج والتجهيزات المتعددة الحديثة وتكنولوجيا العلاج وهذا انعكس أثره فى صناعة الخدمة الصحية، كما أن الاختراعات الحديثة فى مجال الرعاية الصحية سريعة الانتشار علاوة على فاعليتها فى تقصير فترات العلاج، ومن ثم فان الطلب على الخدمة يتأثر بمستوى التغيير فى هذا المجال.

٨ ـ كثافة عنصر العمل :

من الخصائص الهامة التى تميز الخدمة الصحية كثافة عنصر العمل فى صناعتها حيث تعتمد الخدمة على عقل وأيدى الطبيب المعالج والمرضة والفنى والادارى، وتبلغ تكاليف عنصر العمل ٧٠ ٪ من ميزانية تشغيل المستشفى . (٢٣)

وتتمثل هذه التكاليف فى أجور وحوافز الأطباء وهيئة التمريض والاداريين والفنيين وغيرهم من القوى العاملة فى مجال الصحى.

لذا فان كثافة عنصر العمل له أهمية كبرى عند تقدير حجم الخدمات الصحية فى الدول النامية أو الدول المتقدمة على السواء.

ومن العرض السابق لخصائص الخدمة الصحية نلاحظ :

ـ تلعب خصائص الخدمة دورا هاما فى تقدير الطلب على الخدمة الصحية، وفى عملية الامداد بالخدمة على مستوى جميع الوحدات الصحية.

ـ يفيد تحديد هذه الخصائص فى تسويق الخدمة الصحية.

ـ تلعب خصائص الخدمة دورا هاما فى تحديد الامكانيات المادية والبشرية المطلوبة لأداء الخدمة خلال فترة مقبلة. كما تساعد هذه الخصائص فى تحديد المستوى التكنولوجى المطلوب لاداء الخدمة الصحية فى المجتمعات المختلفة.

ثالثا ـ نظام توصيل الخدمة الصحية

ا ـ عناصر النظام الصحى .

نستطيع أن تقسم أى مجتمع لعدة نظم ـ لأغراض التحليل ـ متداخلة ومتكاملة على سبيل المثال النظام الزراعى ونظام النقل، والنظام الصناعى والنظام الصحى. وفى بعض الأحيان توصف هذه النظم بالقطاعات فى لغة الاقتصاديين ـ وتسعى هذه النظم لتحقيق أهداف المجتمع.

والنظام الصحى كأحد هذه النظم اجتماعى مفتوح يأخذ موارده من البيئة المحيطة ويصدر مخرجاته اليها، وينقسم هذا النظام الى عدة نظم فرعية Subsystems تكون فى مجموعها النظام الصحى العام.

وهناك عدة طرق لوصف النظام الصحى وتحليل النظم الصحية التى تعتمد على درجة التجانس وشكل النظام والتأثير المتداخل، ومكونات وأهداف وقيم النظام. ومعظم عناصر التداخل تكون فى العلاقات الوظيفية للنظام الصحى فى أى مجتمع.

ولأغراض التحليل نستطيع أن نحدد خمسة مكونات رئيسية لنموذج النظام الصحى ومدى ترابطها بعضها ببعض بشكل مباشرا وغير مباشر ، وهى : (٢٤)

١ ـ تنمية الموارد الصحية.

- Development of health resources

٢ ـ تنظيم ترتيب الموارد.

- organizd arrangement of resources

٣ ـ توصيل الرعاية الصحية.

- Delivery of Health Care

٤ ـ الدعم الاقتصادى. - Economic Support

٥ ـ الادارة . - Management

والخط الذى تدور حوله هذه المكونات سوف يختلف فى مدى تأثير البيئة أو التأثير البيولوجى للناس على أنشطة النظام الصحى، كما يعتمد على الترويج الصحى Health promotion أى الوقاية من الأمراض والحوادث والتى توجه مباشرة الى الناس أو الى البيئة المحيطة. وهذا النظام قادر على الأداء نتيجة لتنمية وتجميع الموارد من أداء وظائفة المختلفة. وفى معظم المجتمعات فان الطلب على الخدمة الصحية يفوق الموارد المتاحة، ولذا فان من الأولويات وضع أهداف موضوعية للنظام الصحى يسعى الى تحقيقها وتقاس النتائج على ضوء الانجازات ومدى تأثير هذه الانجازت على أفراد المجتمع فى مجال الموقف الصحى والفوائد الاجتماعية.

ومن خلال ميكانيكية التغذية العكسية تمارس الادارة وظائفها وتحقق ما اذا كان النظام قادرا على تحقيق هدفه المحدد مثل الصحة للجميع As Health for ولابد من تحليل تفاصيل المكونات الخمسة كأساس لتوضيح النموذج :

الأول : تنمية الموارد الصحية : ويشتمل على : القوى العاملة والامكانات المادية والمعدات والأدوية والمعارف.

الثانى : تنظيم وترتيب الموارد : ويشتمل على : سلطات الصحية القومية وبرامج التأمين الصحى والوكالات الحكومية الأخرى والمؤسسات غير الحكومية والقطاع الخاص المستقل.

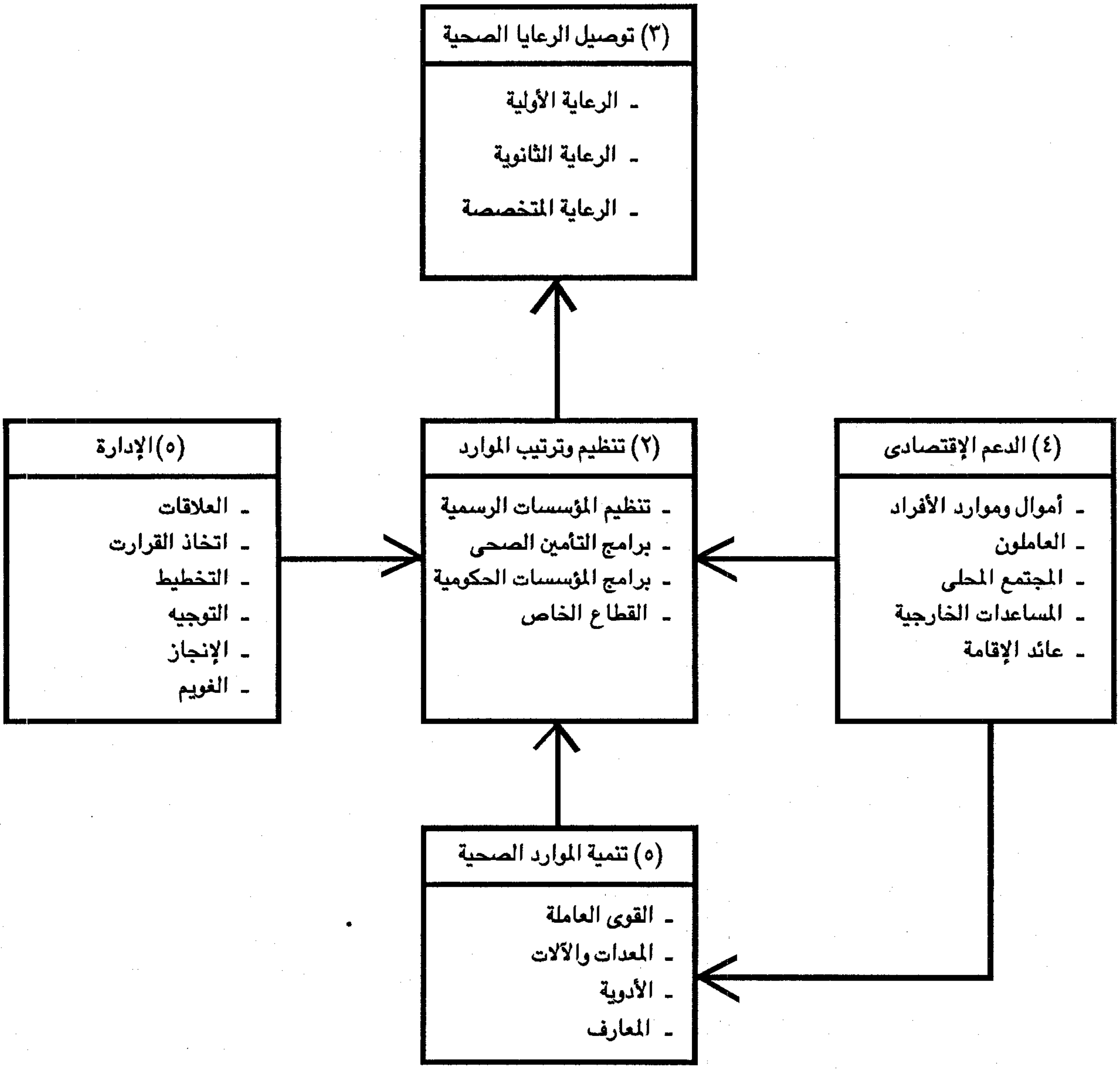
الثالث : توصيل الرعاية الصحية : ويشتمل على، الرعاية الأولية والرعاية الثانوية والرعاية التخصصية.

الرابع : الدعم الاقتصادى : ويشتمل على : موارد أموال الأفراد والمؤسسات الخاصة ومجهودات المجتمع المحلى والعائد من الاقامة الداخلية والعلاج.

الخامس : الادارة : ويشتمل على : العلاقات واتخاذ القرارات والتخطيط والانجاز والتوجية والتقييم والمعلومات والدعم القانونى.

أنظر الشكل رقم (١٠١) شكل رقم (١ـ١)

أسس مكونات النظام الصحى (٢٥)



٢ ـ مفهوم توصيل الخدمة الصحية (التوزيع):

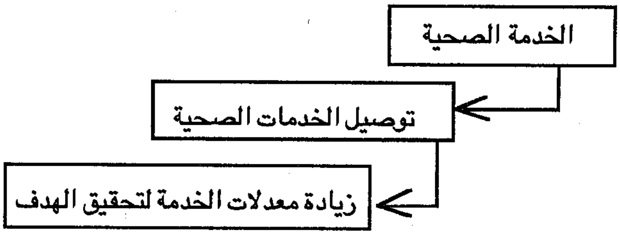
HEALTH CARE DELI VERY CONCEPT (DISTRIBUTION)

تتولى المنظمة الصحية باختلاف حجمها ونوعها فى المجتمعات الانسانية انتاج وتوصيل الخدمة الصحية، فقد تكون المنظمة الصحية فى شكل عيادة طبيب، وقد تكون مركزا صحياً أو وحدة صحية أو مستشفى عاما أو متخصصا، وهذه المنظمات الصحية تختلف فى أشكالها وتخصصاتها وأحجامها حسب مفهوم الدولة لنظام تقديم الرعاية الصحية فيها، وتنظيم الخدمات الصحية بها.

ودون تفصيل فى أنواع المنظمات الصحية، وأنواع الخدمات الصحية العامة والمتخصصة التى تقدمها. فان مفهوم توصيل الخدمة الصحية قد شهد تطورا شأن التطورات التى حدثت للمنظمـات الصحية ذاتها فى المجتمعات، حيث كان النظام القديم يبدأ بالخدمـات الصحية ثم توصيل الخدمة، ثم زيادة معدلات الخدمة لتحقيق الهدف.

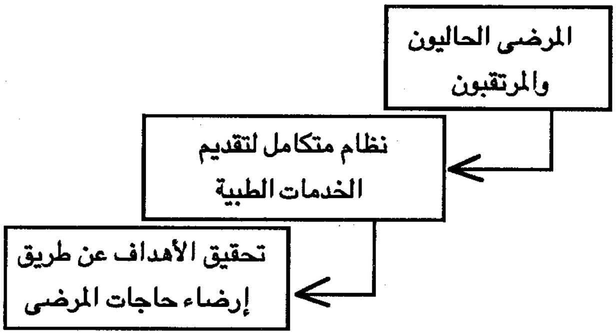
كما هو موضح فى الشكل رق (١ ـ ٢)

(١ـ٢) المفهوم القديم لتوصيل الخدمة الصحية (٢٦)



وقد تطـور هذا المفهـوم الى مفهـوم آخـر جديـد يركـز على المرضى كـعنصر أسـاسى فى نظـام توصـيل الخدمات الطبية باعتبـار أن حاجـات المرضى واشباعها حجر الزاويـة فى نظام توصيـل الخدمـة الصحية ولذا أصبح المفهـوم الحديث ، كما يوضحـه الشكل رقـم (١ ـ ٢)

(١ـ٣) المفهوم الحديث لتوصيل الخدمة الصحية



وبهذا المفهوم فان ادارة النظام مسئولة عن تحديد حجم ونوع المرضى الحاليين والمرتقبين.

٣ ـ مكونات نظام توصيل الرعاية الصحية :

The healthcare Delivery System

قبل تناول مكونات نظام توصيل الرعاية الصحية بالدراسة يجدر بنا أن نحدد أولا، توصيل الرعاية الصحية نظام أو غير نظام؟

Health Care Delivery : System or Non System

وقبل الاجابة على هذا السؤال فان الأمر يتطلب تعريف النظام بشكل عام تعرف النظام بأنه عبارة عن مجموعة من الأجزاء ترتبط بشبكة من الاتصالات وتعمل معا بهدف تحقيق أهداف معينة، وترتبط بالنظام مستوياته وعلاقاته وتركيبه التنظيمى، وأهدافه وتفاعله مع البيئة .وتحديد مدخلاته وكيفيه تشغيله ومخرجاته، ومؤثرات التغير والتطوير والنمو (٢٧).

وقد رأى Krause و Navaro (نفو وكيروس) من نتائج دراسات قام بها أن الرعاية الصحية ليست نظاما بمفهوم النظام لأنها لا تحمل مقومات النظام حيث أنها تؤدى بشكل غير مترابط وغير مخطط، مع عجز المعلومات المرتدة على تحديد احتياجات السكان (٢٨).

الا أن (Jeffrycolman) (جيفرى كولمان) يتفق مع هذا الرأى بأن النظام قد يكون غير مخطط ويكون مركزيا، ولكن النظام الصحى يستجيب للتغيرات الى تحدث فى البيئة ويكون أحد القطاعات التى تتأثر بما يحدث فى القطاعات الأخرى

مثل قطاع التعليم وقطاع الاقتصاد وغيرها ويرى بأن الانتقاد الى الرعاية الصحية كنظام يفقد رشده (٢٩)

ومن هنا فان نظام توصيل الرعاية الاجتماعية نظام اجتماعى مفتوح (Open system) يأخذ مدخلاته من البيئة ويصدر اليها مخرجاته، وأنه يستجيب للمؤثرات التى تحدث فى بيئة النظام وهذا النظام يتصف بالصفات التالية . (٣٠)

- أنه نظام قائم على صحة المرضى الحالين والمرتقبين وأنه عبارة عن نظام مستمر (Ongoing System)

- النظام الصحى نظام انسانى تكنولوجى أو ما يمكن أن نطلق عليه نظام توصيل الخدمات الانسانية وغالباً ما تفوق الاعتبارات الإنسانية والمعنوية أهداف الربح فى هذا النظام. ومن ثم تكون العلاقة بين القوى العاملة فى النظام والبيئة والمرضى علاقة تعاونية تكاملية انسانية.

- أن درجة تأثير التخصص الوظيفى على التركيب التنظيمى فى نظام توصيل الخدمة الطبية والصحية تفوق درجة تأثير التخصص الوظيفى فى التنظيم القائم فى أغلب المنظمات الصناعية والتجارية.

- يمثل المرضى فى النظام عنصرا دائما وحجر الزاوية فى توصيل الخدمة الصحية.

وعلى ذلك فان نظام توصيل الرعاية الصحية يتصرف مثل النظم الاجتماعية الأخرى وأنه نظام بمفهوم النظام. والتالى مدخلات ومخرجات نظام توصيل الخدمة الصحية :

ا - مدخلات ومخرجات النظام الكلى لتوصيل الخدمة الصحية :

نظم الخدمات الصحية فى أى دولة بوجه عام هى الترتيبات التى على ضوئها توزع أدوار معينة وامكانيات محددة لتحقيق الهدف الذى وضعه المجتمع لهذا النظام ألا وهو حماية واستعادة صحة الأفراد المستفيدين. ومما هو جدير بالذكر أن النظم الصحية على اختلاف أنماطها تشترك فى مكونات أساسية ضرورية لأى نظام صحى وهى : (٣١)

- خدمات صحية أولية Primary Health Services
- نظـــام احـــالة Referral System
- خدمات تخصصية خارجية Specialist Services For Ambulatary Care
- خدمات مخصصية داخلية Hospital Inpation Care
- خدمات وقائية واجتماعية مساعدة
- طرق تمويل وجهاز ادارى

فى كل نوع من أنواع الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية كنقطة انطلاق فى ادارة نظام توصيل الخدمات الصحية. ويفيد هذا المفهوم الحديث فى تحديد احتياجات المرضى الحالين والمرتقبين مسبقاً، وبطريقة مباشرة، ومن ثم نستطيع تخطيط مواردها على ضوء تلك الحاجات.

ومن خلال تطبيق هذا المفهوم تعمل ادارة النظام على اكتشاف الأمراض الجديدة والأدوية الحديثة حيث تتمكن من تكثيف برامج الوقاية، ومن ثم تقليل تكلفة الانجاز الطبى، كما يساعد هذا المفهوم الادارة على زيادة التفاعل بين المنظمة الصحية والبيئة التى تعمل فيها .

ومن ثم تحقق الأهداف الاجتماعية والصحية. وتكون المؤسسة الصحية هى نقطة البداية فى ادارة النظام الصحى.

تؤخذ المؤثرات على المريض بشكل متكامل فى ظل هذا المفهوم بدلا من أخذ كل مؤثر على حده فى ظل المفهوم القديم . فتؤخذ مؤثرات (الأدوية، الأطباء، النظام الصحى، البيئة، الأسرة، الميزانية ... وغيرها) بشكل مترابط ومجتمعية ما .

ومن ثم تصبح عملية توصيل الخدمات الصحية والطبية عملية تحليل لحاجات المرضى والمجتمع وتخطيط، وتنظيم الموارد المتاحة للوفاء بتلك الحاجات، مع مراقبة المدخلات الصحية والسياسات والأنشطة مع تحديد أولويات الاستخدام لاشباع الغايات وتحقيق الأهداف. ويفيد هذا المضمون فى التركيز على المؤشرات التالية :

أ - اشباع حاجات المرضى والمجتمع .

ب - تحديد المزيج الصحى المطلوب (علاج - وقاية - خدمات مكملة - تحديد حاجة المريض - التسعيرة - الخدمة - نظام تقديمها للمريض - الترويج الوقائى - مكان تقديم (الخدمة فى

العيادة الخارجية أو الأقسام الداخلية)

جـ ـ تحليل وتخطيط وتوظيف ، وتنسيق ورقابة الأنشطة الطبية .

د ـ ضرورة تحديد المدخلات، والتشغيل الصحى، والمخرجات فى النظام الصحى.

هـ ـ ضرورة تحديد التفاعلات بين النظام الصحى والبيئة.

و ـ ضرورة بناء نظام ادارى شامل للمنظمة الصحية.

ومن هنا فان المفهوم الحديث يخدم مجموعة الأهداف للمنظمة والمرضى بما يؤدى الى تقديم الخدمة بشكل مركز ومتكامل مباشرة للمرضى.

١/١ مدخلات النظام : Input

تتكون مدخلات النظام من الطاقة البشرية المتخصصة ومن المهارات المختلفة مثل :

ـ الأطباء على مختلف مستوياتهم والمرضى الحالين والمرتقبين ، وكذلك المرضات والفنيين والاداريين وغيرهم.

ـ المعدات والأجهزة الطبية التى تعمل داخل النظام والأسرة والمعدات وغيرها .

ـ المواد الأولية والمساعدة مثل الأدوية والأغذية وغيرها .

ـ الأموال والاستثمارات .

ـ التشريعات الطبية .

ـ التنظيم الادارى القائم.

ـ المنظمات الصحية القائمة.

٢/١ تشغيل النظام : Operation

وهو تقديم وتوصيل خدمات طبية علاجية ووقائية بأنواعها المختلفة أى تشغيل المدخلات بهدف خلق الخدمات الصحية المناسبة بمستوى تكنولوجى معين.

٣/١ مخرجات النظام : Output

وتتمثل مخرجات النظام فى حالات تم شفاؤها ، أو أمراض مستعصية أو حالات وفاة والمواليد والمشكلات الصناعية والنفسية والاجتماعية والبيئية ومعدلات كفاية انتاجية ومعرفة علمية طبية من اختراعات جديدة واكتشاف أمراض جديدة وأسبابها .

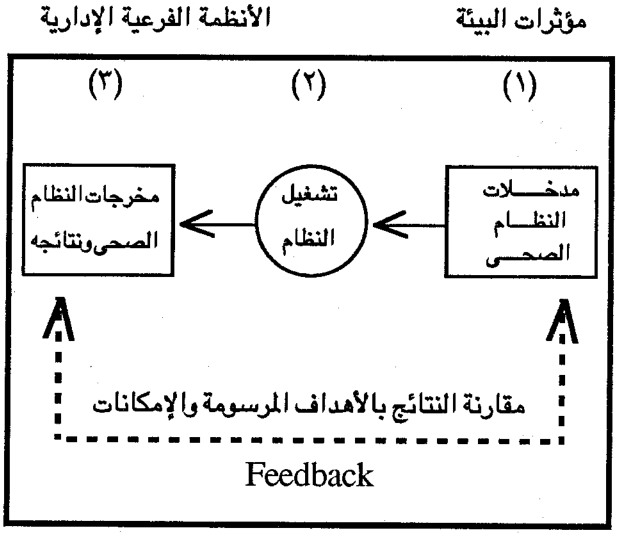
ويتفاعل هذا النظام مع البيئة بأبعادها التكنولوجية الصناعية والاجتماعية والسكانية والسيكولوجية والسياسية ونظام الأعمال والمنافسة والسلوك الدينى وغيرها (٣٢)

وحتى تستطيع الادارة انجاح النظام عليها تحديد الأهداف وتوفير المعلومات والاتصالات اللازمة وخلق الحوافز، وتقيم أداء عناصر النظام.

أنظر الشكل رقم (١ ـ ٤) الذى يوضح مكونات النظام الصحى

شكل رقم (١ ـ ٤)

النظام الكلى لتقديم الخدمات الصحية



وتتمثل المؤثرات البيئية فى :

الظروف الجوية وتلوث البيئة، والظروف الغذائية ونقص الغذاء، والظروف الاجتماعية والسيكولوجية، والعادات والتقاليد والدين والظروف الحضارية وتحرك السكان وتخطيط المدن والشكل التصنيعى والتكنولوجيا، والنظام الصحى العام والصحة العامة والحروب والحوادث والانفجارات الذرية، وتكلفة الدولة فى تقديم الخدمات الصحية وحجم الاستثمارات فى الخدمات الصحية.

رابعا - خصائص التسويق فى المؤسسات الصحية :

المستهلك سيد السوق فى ظل المفهوم الحديث للتسويق. ويجب على المشروع أن يستخدم كافة امكانياته، ويضع سياساته بما يضمن رضاء المستهلك، وعلى ذلك فان مواصفات السلع والخدمات التى يقدمها المشروع يجب أن تتفق ورغبات واحتياجات المستهلك وكذلك شروط البيع مثل تحديد السعر وشروط الدفع التى يجب أن تحدد بدقة لكى تتلائم مع الظروف الاقتصادية للمستهلكين. (٣٣)

ونظرا لأن محور وعصب نظام توصيل الخدمة الصحية هو المريض المستهلك للخدمات الصحية فان هناك حاجة الى التسويق فى المؤسسات الصحية باعتبار أن المريض هو الحلقة التى تدور حولها كل الخدمات الصحية التى ترمى الى اشباع حاجاته المتولدة والتى هو مفتاح لاشباع الأهداف التنظيمية للمؤسسة الصحية.

ويرى (كوتلر) " أن التسويق هو تحليل وتخطيط وتنفيذ ورقابة للبرامج التى وضعت عن السلعة وملاءمتها لأهداف السوق لأجل تحقيق الأهداف التنظيمية وعلى ذلك فان التسويق فى اعتقاده يشتمل على مجموعة من المحددات، منها :

- أن التسويق عملية ادارية
- أنه يطلب لمعرفة حركة تبادل السلعة.
- أنه يجب اختيار أهداف السوق
- يسعى التسويق لمقابلة احتياجات ورغبات السوق
- كما يعمل على مساعدة المؤسسات على تأكيد بقائها واستمرارها فى السوق

ويستخدم التسويق مجموعة من الأدوات تسمى المزيج التسويقى. (٣٤) وهى : السلعة السعر والتوزيع والاتصالات وبرغم أهمية التسويق فى المؤسسات الصحية أن بعض الكتاب (٣٥) يعتقد أن ممارسة الأنشطة التسويقية فى المؤسسات التى لا تهدف الى الربح، ومنها المؤسسات الصحية صعبة التحقيق. واذا استخدمت فانها تكون غير مترابطة، بالاضافة الى القيود التى تواجه مديرى التسويق والتى تصور مشكلة ممارسة التسويق فى تلك المؤسسات.

الا أن تسويق الخدمات من العناصر الهامة التى يجب التركيز عليها من جانب المؤسسات المنتجة لها والتى تعمل على الترويج للبرامج الصحية التى تقوم بتقديمها على المستوى الكلى لأفراد المجتمع.

كما يشرح التسويق العلاقات بين المؤسسة الصحية وبيئتها الخارجية التى تعمل فيها، ليس فقط من وجهة نظر العاملين الحاليين لديها أو المستفيدين من خدماتها، ولكن من وجهة نظر الممولين لها باعتبار أن المفهوم الحديث يركز على المستهلك، كماتركز البرامج الصحية على السلوك الاجتماعى ومضمون الخدمة نفسها، وعلى ذلك تبرز أهمية التسويق للخدمة الصحية فى المجتمعات المختلفة.

ومن ثم فان التسويق يؤدى دورا هاما فى المؤسسات الصحية يتمثل فيما يلى :

١ - يتولد التسويق عن سلوك الأفراد، ولذا فان بحوث التسويق تؤثر فى عمليات التخطيط الصحى والسياسات الصحية وتحديد عوامل التفاعل مع السلوك الانسانى.

٢ - يساعد التسويق فى المؤسسات الصحية على اكتشاف احتياجات الأفراد من مؤسسات الخدمات الصحية ويحاول تلبيتها.

٣ - يهتم التركيب الهيكلى للتسويق بالخدمة التى سوف يتزود بها الأفراد فى المؤسسات الصحية والمتخصصين الذين يمثلون الهيئة الطبية، وأنواع المرضى الذين سوف تجذبهم المؤسسة عن طريق الترويج الذى يستخدم عناصر الجذب للأطباء والمرضى والمجتمع.

٤ - يساعد التسويق المؤسسات الصحية على مواجهة تحديات من قوى المجتمع تؤدى الى انخفاض الطلب على خدماتها، أو اضطراب فى أنماط الخدمة. كما يساعد الادارة على تحديد مستويات التأثير وتوقيته، وخصائص الطلب لامكان تحقيق أهدافها.

٥ - يعمل التسويق على دراسة شرائح السوق لامكان جذب العملاء المستفيدين من الخدمة.

٦ - التنبؤ بكميات السوق التى سوف تحصل عليها

المؤسسة من كل عملية تشريح للسوق وتكون محددة المستويات مع كل سعر، أو عملية امداد أو طلب (٣٦)

٧ - تزويد قوى البيع بالمبيعات المحددة بعد كل عملية تشريح للسوق للاستفادة من المعلومات فى التخطيط لجهود الاعلان ومجهودات الاتصال.

٨ - تزويد المؤسسة بارشادات عن الاسعار التى تم الحصول عليها بعد عملية تشريح السوق.

ومن العرض السابق نجد أن التسويق يؤدى مجموعة من المهام الأساسية للادارة فى المؤسسات الصحية بما يقدمه لها من خدمات متعددة عن المستفيدين من الخدمة، والمساعدة على تحديد برامجها الصحية والعلاجية.

كما ينعكس دور التسويق فى المؤسسات الصحية العامة فى برامج تسويقها للخدمة حيث تميزت برامجها بالخصائص التالية: (٣٧)

أ - التأكيد على الخدمة وتسويق السلوك الاجتماعى :

اذا نظرنا الى السلع المتداولة فى السوق نستطيع أن نلخص ثلاثة جوانب هامة فى السلعة وهى :

التركيب المادى للسلعة، الخدمة، السلوكيات الاجتماعية، وتهتم معظم المؤسسات التى لا تهدف الى الربح بالخدمات والسلوك الاجتماعى برغم أن بعض المؤسسات الصحية فى القطاع الخاص تهدف الى الربح فان السمة الغالبة فى معظم المؤسسات الصحية أنها لا تهدف الى الربح أساساً ولذا فان الدراسة الحديثة لتسويق الخدمة تكون علاقة متطورة بين المؤسسات الصحية والأفراد. (٣٨)

ومن ثم فان برامج التسويق فى المؤسسات الصحية تعالج الجوانب الاجتماعية وسلوكيات الأفراد

ب - سيطرة الأهداف غير المالية :

تسعى معظم المؤسسات الصحية الى الربح الاجتماعى، وهذا الهدف من الصعوبة قياس نجاحه أو فشله بشكل مباشر، وانما يمكن قياسة بمؤشرات غير مباشرة ، باعتبار أن الخدمة الصحية تساهم فى تحسين صحة الأفراد فى المجتمع ومن ثم فان برامج التسويق يجب أن تركز على الأهداف الاجتماعية .

جـ - الحاجة الى جذب المصادر والموارد :

كل المؤسسات تحتاج الى الموارد ومنها المؤسسات الصحية، وهى قادرة على الحصول على الموارد من عائد أعمالها، حيث تتوقع المؤسسات التى لا تهدف الى الربح عائدا من مبيعاتها مساويا أويزيد على التكاليف. ويلاحظ أن المؤسسة الصحية قد لاتستطيع أن تغطى تكاليفتها، وتلجأ الى طلب اعانات ومنح، ولذلك يلجأ البرنامج التسويقى الى جذب المصادر المتاحة من الدولة.

د - الحد من العادات غير المرغوبة :

تسعى برامج التسويق الى جذب المستهلكين الحاليين والمتوقعين للسلعة لاشباع احتياجات المستهلك فى ظل مفهوم أن المستهلك دائما على حق. الا أن هذا المفهوم لا ينطبق كثيرا على المؤسسات الصحية التى تسعى الى تحقيق رسالة صحية وعلاجية معينة حيث أن هدف بعض برامج التسويق الصحية هو وقف الناس عن فعل بعض الأشياء والتى تمثل عادة لديهم، مثل استخدام الأفراد الدواء بدون وصفة طبية أو تعاطى المخدرات، فرسالة البرنامج هنا هى دعوة المستهلك الى التوقف وليس اشباع رغباته كما يراها، ومن ثم فان العلاج الطبى يجب أن يأخذ احتياجات المريض فى المدى الطويل وليس كما هى الآن، أو كما يشعر به المريض . (٣٩)

ولذا يعمل برنامج التسويق على الحد من العادات غير المرغوبة صحيا واجتماعيا.

هـ - تدقيق الأفراد للخدمة الصحية :

يقوم الأفراد بتدقيق الخدمات التى تعطى لهم والتوسع من جانبهم فى الضغوط على المسوقين للحصول على الخدمات بالشكل الذى يرونه، ودور البرامج التسويقية هنا هى محاولة ترجيح العناصر الخاصة بأهدافها مع تعديل الضغوط غير

المناسبة.

و - التركيز على نوعية وجودة الخدمة :

يعتقد (روشارد كويش) أن الاتصال العالى بين الخدمة وموصل الخدمة - أى بين منتج الخدمة ومستهلكها - فى الرعاية الطبية (بين المريض والطبيب) يكون له أثره فى جودة الخدمة، وأن سوق الخدمة يحتاج الى الاهتمام بنوعية الخدمة وجودتها . (٤٠)

ولذا فان الاتصال المباشر لمنتج الخدمة وأدائه للخدمة بشكل جيد يعتبر فى حد ذاته أحد عناصر البرامج التسويقية للخدمة الصحية فى المؤسسات الصحية.

وعلى المؤسسة أن تختار الأفراد الذين يقومون بتوصيل الخدمة الصحية وتأدية المهام المناطة بهم.

ومن العرض السابق لخصائص تسويق الخدمات الصحية نستخلص الدور الهام لبرامج تسويق الخدمات الصحية فى ترويج الوعى الصحى أو القضاء على بعض العادات غير الصحية فى المجتمع.

خامسا - التداخل بين نظم أداء الخدمة وتسويقها وتوصيلها

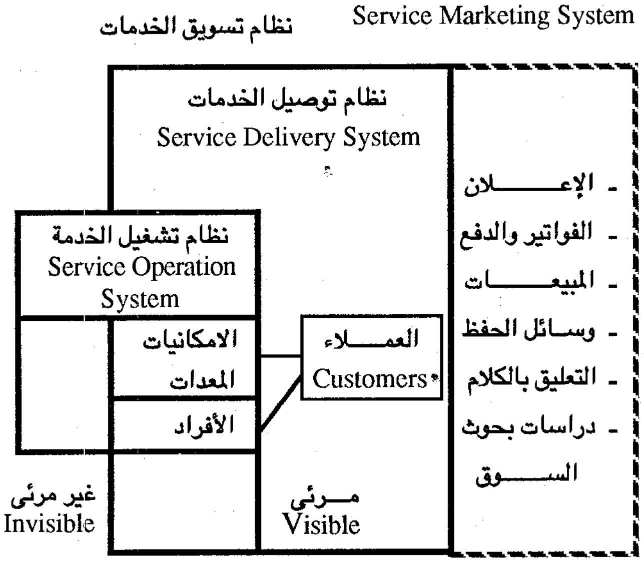
ان نظرة المستفيد من الخدمة الصحية تنبع أساسا من طبيعة العمليات الداخلية للخدمة الصحية، وأن المنتظر العام لأداء الخدمة وتسويقها يكون جادا فى مثل هذه الأنواع من المنظمات الصحية ، ولو حاول المديرون استغلال مكونات الأداء واهتمام الأطباء بالأفراد وبالمواعيد لأدى ذلك الى تفاعل بطريقة عشوائية غير مخططة فى تسويق الخدمة.

ومن هنا فان هناك تداخل بين نظام التشغيل أى أداء الخدمة، ونظام توصيل الخدمة ونظام تسويقها بشكل متكامل، ولكن من خلالها تحقيق أهداف المؤسسة الصحية.

وذلك كما هو موضح فى شكل رقم (١ - ٥)

التداخل بين نظم : تشغيل الخدمة، وتسليمها وتسويقها (٤١)

Three Overlapping Systems : Service operations service delivery and service marketing.



نلاحظ من الشكل السابق ما يلى : -

١ - التداخل بين نظام تشغيل الخدمة ونظام توصيل الخدمة، ونظام تسويقها، وأن هناك مرئيا للأفراد العملاء عند استلامهم للخدمة داخل نظام توصيل الخدمة وهناك جزءا غير مرئى لهم فى نظام توصيل الخدمة. وأن نظام تسويق الخدمة يشتمل على جزء من نظام تشغيل وتوصيل الخدمة.

٢ - ليست كل مكونات نظام تسويق الخدمة تحت السيطرة المباشرة للمؤسة الصحية مع محاولة جعل المستهلك يختار هذه المؤسسة بين البدائل المختلفة لاستخدام الخدمة فى الوقت المناسب . وهنا تحتاج المؤسسة الى المجهودات المستمر لتعليم المستهلكين لكى يأخذوا القرار فى شراء الخدمة أو تصحيح معلوماتهم.

مكونات نظام تسويق الخدمة يعتمد على خدمة الامكانيات والمعدات، والمبانى، والآلات ومختلف المواد، والخدمة الصحية للمرضى وجها لوجه، والاتصالات غير الشخصية داخل

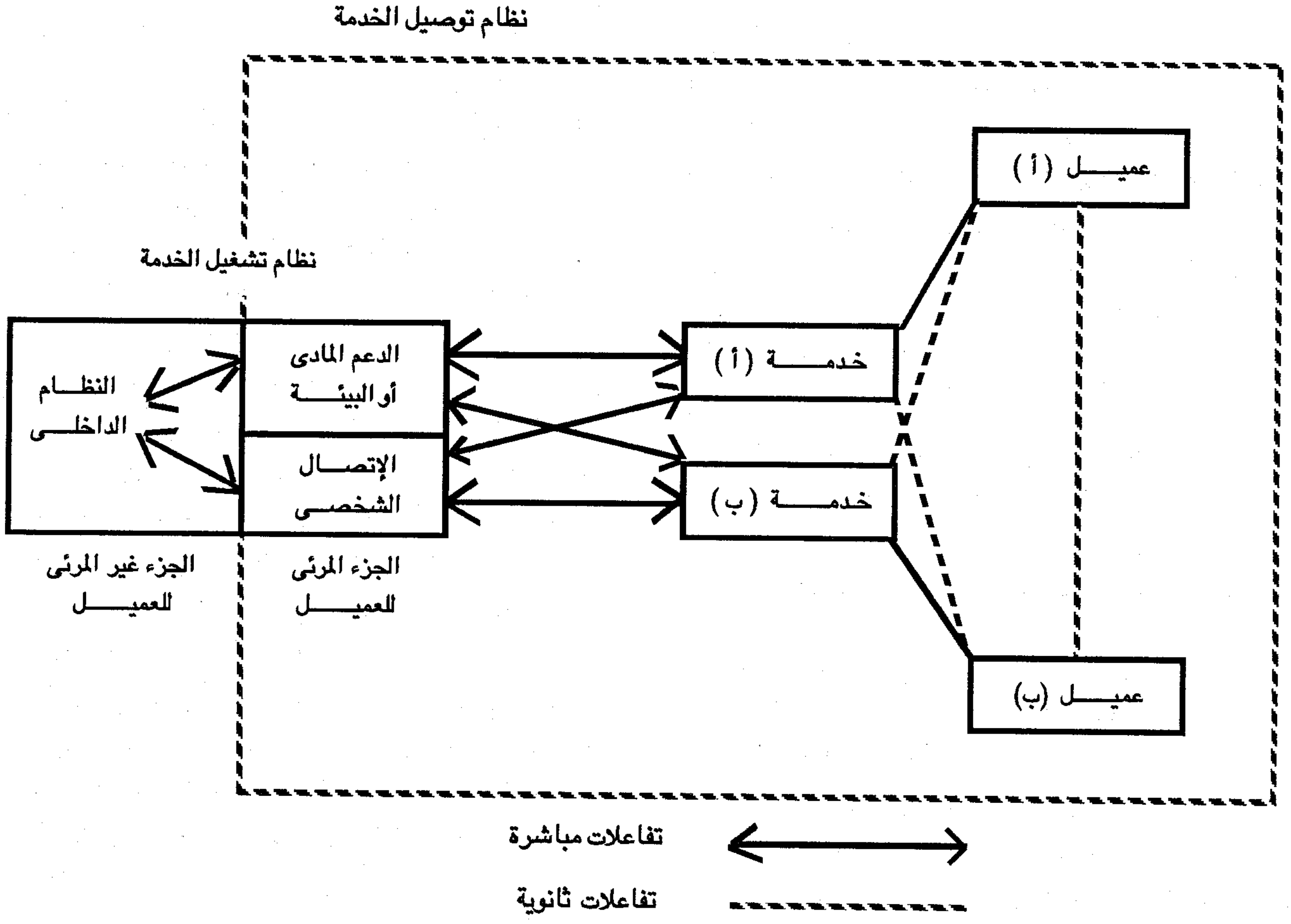
المؤسسة الصحية. والأفراد الزائرين للمؤسسة خلال وقت العمل، وكلمات التعليق منهم على مستوى الخدمة فى المؤسسة الصحية.

كما أن نوعية الخدمة المقدمة هى ألتى تظل بالنسبة للمريض وهى الهدف فى النهاية وهناك تفاعل مباشر بين نظام توصيل الخدمة وبين نظام التشغيل وهذا التفاعل يفيد نظام تسويق الخدمة بشكل مباشر فى تخطيط برامجه المختلفه وذلك

كما هو موضح فى الشكل رقم (١ ـ ٦)

ويلاحظ من الشكل رقم (١ ـ ٦) أن هناك تفاعلات غيرمباشرة بين عميل خدمة وأخرى والخدمات الظاهرة قبل الاتصال الشخصى فى عملية الفحص ووصف العلاج هى عملية التسجيل والتحليل والأشعة والعلاقات العامةوغيرها.

مؤسسات الخدمة كنظام



خاتمــــة

تم التوصل من خلال البحث الى التالى :

- الطلب على الرعاية الصحية طلب مشتق من الطلب على الصحة نفسها وهذا الأمر يشكل النموذج المالى والانسانى لتصرف المستهلك أوالمستفيد من الخدمة وأن الطلب على الخدمة الصحية يتزايد بمعدلات تفوق معدلات الزيادة فى المعروض من تلك الخدمة بسبب ندرة الموارد الصحية والفنية. ونقص عدد المنظمات وعدد المتخصصين من أطباء وممرضات ومديرين، ووسائل أشعة واداريين فى معظم المجتمعات.

وهناك مجموعة من العوامل تؤثر فى تقدير الطلب على الخدمة الصحية وتشكل نموذج الطلب عليها وهذه العوامل هى : سعر الخدمة الصحية، والدخل والتأمين الصحى، والتعليم والعمر والمستوى الصحى، فاذا أردنا أن نحدد الطلب على الخدمة الصحية يلزم تحليل معادلة الانحدار لهذه العوامل.

- تزايد الطلب على الخدمة الصحية فى العقد الأخير، نتيجة لزيادة الانفاق من جانب الحكومات والمجتمعات على الخدمة الصحية. فى الدول المتقدمة أو الدول النامية على السواء . ومن أبرز العوامل التى أدت الى تزايد الطلب مشكلة الانفجار السكانى فى الدول النامية ومشكلة تلوث الجو والبيئة، ومشكلة الحوادث والحروب فى العالم، ومشكلة نقص الغذاء والجفاف فى بعض الدول.

- تتميز الخدمة الصحية بمجموعة من الخصائص التى لها أثرها على السوق ومن أبرز هذه الخصائص أنها سلعة غير ملموسة، وأن انتاجها واستهلاكها متزامن مع قلة تنميط وتوحيد هذه الخدمة بجانب أنها سلعة عامة لها طابع احتكارى وتتأثر كثيرا بالتغيرات التكنولوجية فى المجتمعات.

كما يستفيد منها المجتمع بجانب المستهلك لها، وتعتمد أكثر من غيرها على كثافة عنصر العمل.

- المفهوم الحديث لتوصيل الخدمة الصحية يبدأ وينتهى بالمريض لاشباع احتياجاته المتعددة من الخدمة، الأمر الذى يترتب عليه دراسة احتياجات المريض الحالى والمرتقب ، وأن تعد برامج الترويج الصحى على هذا الأساس لاشباع هذه الاحتياجات.

- عملية توصيل الخدمة الصحية تعتبر نظاما بمفهوم النظم، حيث يأخذ هذا النظام مدخلاته من البيئة ويصدر اليها مخرجاته، وأن هذا النظام اجتماعى مفتوح مثل النظم الخدمية المشابهة وأن أهم ما يميز هذا النظام أنه نظام انسانى تكنولوجى يقوم على المرضى الحاليين والمرتقبين ، وأنه مستمر، يتأثر بالتخصص الوظيفى أكثر من غيره من النظم ويمثل المريض فى داخله أحد العناصر الدائمة ويتفاعل النظام مع البيئة المحيطة به باستمرار.

- تتكون مدخلات النظام من الأطباء والمعدات والآلات والمواد الأولية والأدوية والأموال والاستثمارات والتشريعات والتنظيم الادارى والمنظمات الصحية وتتفاعل هذه المدخلات أثناء عملية التشغيل لانتاج مخرجات تتمثل فى حالات الشفاء أو الوفاة أو مرض مستعصى.

- تلعب أهداف نظام توصيل الخدمات الصحية دورا أساسيا فى تشغيل النظام وتركز هذه الأهداف على الأهداف الفنية الانسانية لاشباع حاجات المرضى كما يجب أن تعكس هذه الأهداف الاحتاجات الصحية للمجتمع الحالية والمرتقبة.

- يعكس نظام انتاج وتوصيل الخدمة الصحية للأفراد أسلوب وواقع عرض الخدمة الصحية كما تؤثر نظم توصيل الخدمة فى الطلب على الدواء باعتبار الدواء سلعة مكملة لسلعة الخدمة الصحية والطلب علي الدواء طلب مشتق من الطلب على الخدمة الصحية.

- يؤدى التسويق دورا هاماً فى المؤسسات الصحية بما يقدمه من معلومات للمستفيدين من خدمات النظام الصحى. ويتمتع التسويق فى المؤسسات الصحية بعدة خصائص منها :

تسويق السلوك الاجتماعى وسيطرة الأهداف غير المالية، والحاجة الى جذب الموارد واشباع احتياجات المستفيد من الخدمة الصحية. كما يلعب التسويق الذاتى للخدمة الصحية دورا هاما فى ترويجها وذلك من خلال الاتصال المباشر بين منتج الخدمة والمستفيد منها أى المستهلك لها .

- وجود تداخل بين نظم أداء وتشغيل الخدمــة الصحية ونظم تسويقها وتوصيلها، وهذا التداخل يؤكد قوة العلاقة بين أداء الخدمة وتوصيلها وتسويقها نتيجة الاتصال بين المستفيد من الخدمة ومنتجها مما يحدث تفاعلات مباشرة بينهما.

الهوامــــش

١ ـ د . سامى خليل ، مبادئ الاقتصاد الكلى، مؤسسة الصباح ، الكويت ، ١٩٨٠ ، صفحة ٧٤ ـ ٧٥

٢ ـ د . أحمد جامع، النظرية الاقتصادية " الطبعة الثانية" دار النهضة العربية ، القاهرة ١٩٧٠، صفحة (١٢) .

٣ ـ د . أحمد جامع، المرجع السابق ، صفحة ١٢٩.

٤ ـ د . بكرى طه عطيه، مقدمة فى التسويق الوضعى والتحليلى : النظم والقرارات" الطبعة السادسة دار الكتاب الجامعى ، القاهرة ، ١٩٤م صفحة (٣١).

5 _ Fuchs V.R. the growing demand for madical care. New England Journal of medicne Vol 279 No 142 (22 July p. 19)

6 - Gross Man M. the demand for health An theoretical and Impirical investig- tion . National Bearue of Economic Research accasianal paper 119 N.Y. and London Caluradu Unversity press 1972.

٧ ـ د . فريد راغب النجار ، ادارة المستشفيات والمنظمات الصحية والطبية مدخل الادارة بالأنظمة المتوازنة، دار النهضة ، القاهرة ١٩٨١ م ، ص (٥٤)

8- cullis, John G. and West, peter A. the Economics of Health : An introduc- tion martin Robertson, Oxford, 1979

9 - cullis & peter A. west, Op, cit , p. 99 100.

10 - cullis & peter A. West, op, cit., p. 101.

١١ ـ د . بكرى طه عطيه ـ المرجع السابق صفحة (٢٤٣)

12 - Marjorie smith mueller and Robert M. gibson National Health Expendi- tures, Fiscal year , 1975 social securi- ty Belletim Vol 39 N2.

13 - congres social Budget office. Bud- get optiams for Fiscal , year 1977 . Areport to the snate and House Com- mettess and Budget wachington U. S. A. committe 1976 P. 151 168.

14 - Medical demography n siwitzerland public health and future aut book 1900- 1974 2000 Lavsonne. statistical office of state of vaud 1976 . Gyy p. 8 freb , Public health in busla swis- land.

15 - Hirgh , sommer : Health care costs out of control : the Experience of swit- zerland . warld health farum Vol 6 1985. P. 4.

١٦ ـ الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء ـ الكتاب الاحصائى السنوى لجمهورية مصر العربية يونيو ١٩٨٤ ص (٣٠٩ـ٣٢٨)

17 - christopher H. Lovelock, services Markting, text cases & Reading prin- tice hall _ inc. Englewood cliffs . N. J. 1984 . P. 30

١٨ ـ نقلا عن :

- cullis & peter A. west op. cit P 36.

19 - cullis & peter a west op . cit ., P. 39

20 - Vlmoote, Samuel paul and Cupta . G,s. managerial economics concepts and cases tata mcgraw - hill limited 1981 . P . 84.

٢١ ـ د . بكرى طه عطية ، مرجع سابق ذكره صفحة ٧٢.

22 - cullis & peter A . west . Op., cit . P. 33.

23 - mariel len macdonald neudeck. Trends Affecting hospitals,human Resources. hospitaL health services administration (18) May / June 1985 P . 83.

24 - Bogdam M , klezlask national health system and their reorganiz ations towards health for all. milton I . Roemer and albert Vander werff . O. H. o 1984 . Pp. 13 - 14.

25 - Bogdam M. klezlask; Op. cit. p . 15.

٢٦ ـ د . فريد راغب النجار ، المرجع السابق ، صفحة (٥٠)

٢٧ ـ د . فريد راغب النجار ، المرجع السابق ، صفحة (٥٥)

٢٨ ـ نقلا عن :

- Jeffrey colman salloway, health care delivry systems . w. etwiew press bouider calardo 1982 p. 24.

29 - Jeffery Man salloway , Op. cit., P. 25.

٣٠ ـ د . فريد راغب النجار ، المرجع السابق ، صفحة ٤١

٣١ ـ عبد الله العمارى ومحمد على التركى تنظيم الخدمات الصحية، بحث مقدم الى ندوة تنسيق الخدمات الصحية معهد الادارة العامة الرياضى . فى الفترة من ٤ ـ ٧ ربيع الثانى ١٤٠٤ صفحة ١٥

32 - Bogdam M, op. oct., pp. 14-22.

٣٣ ـ د. بكرى طه عطية . المرجع السابق ، صفحة ٢٧

34 - Kotler / Bloon , Marketing professional services prentice Hall, Ine Eglewood cliffs 1984 . pp. 4 - 5

35 - Pual N, Blocm and william D. Novelli , problems and challenges in social marketing, Journal of marketing Vol. 45 spring 1981 79 _ 88.

36 - christopher H. lovelock , Op . cit. p. 206.

37 - John E. g. Boteson, " Why we need services marketing" Ince. w. L. l. lomb theoretical development in marketing chicago American marketing association 1974 . P . 4.

38 - karen F. A. FoX and philip kotler " the marketing of social causes the first ten years, Journal of Marketing Vol. 44 (1980) 24 - 33.

39 - Noel capon and gory mauster areview of noprofit marketing texts, journal of marketing , Vol 461 (Summer) 1982 pp, 125 - 199.

40 - richard B. chase, where does the customer fit in a serivce operation journal Business Review november December 1978 - co - 187

41 - christopher H. Lovelock ., opcit. p. 341.

42 - Soure : Adapted form Fri Langeard, Hohn E. G. Bateason, Christopher H. Levslock and picrre Eigller (1981) . Services

Marketing : New insight Farm Consumers and lanagers. combridge Massachusetts : Marketing Service institute.

المراجـــــع

أولا ـ المراجع العربية :

أ ـ الكتب والبحوث :

ـ د. أحمد جامع ، النظرية الاقتصادية (الطبعة الثانية) دار النهضة العربية القاهرة ١٩٧٧ م .

ـ د ـ بكرى طه عطية ، مقدمة فى التسويق الوصفى والتحليلى : النظم والقرارات (الطبعة السادسة) ، دار الكتاب الجامعى) القاهرة ١٩٨٤م.

ـ د. سامى خليل، مبادىء الاقتصاد الكلى ، مؤسسة الصباح، الكويت ، ١٩٨٠م.

ـ عبد الله العمارى ود. محمد على التركى ، تنظيم الخدمة الصحية فى المملكة العربية السعودية ، بحث مقدم لندوة تنسيق الخدمات الصحية ، معهد الادارة العامة الرياض ١٤٠٤م

ـ د. فريد راغب النجار ادارة المستشفيات والمنظمات الصحية والطبية، مدخل الادارة بالأنظمة المتوازنة ، دار النهضة القاهرة ١٩٨١ م.

ب ـ وثائق حكومية :

ـ الجهاز المركزى للتعبئة العامة ـ الكتاب الاحصائى السنوى لجمهورية مصر العربية ، يونيو ١٩٨٤

ثانيا المراجع الأجنبية

أ ـ الكتب

- Boston , Johan G. Why we Need services marketing in CW lamb (edd) theorotical development in maketing . American mrketing association , Chicago , 1979

-cullis, John G. and west peter A. the economics of health : An introduction martin robertson, oxford, 1979

- Grossman, M. the demand for health : A theorotical and imperical investigation national bereau of economic research paper 119, N. Y. 1972.

- Klerlask,j M. Bogdman. national health systems and their reorganization towards for all. milton I. roemer albert Van Werff (O. H. O) 1984

- kotlea philip and bloam palul N. marketing profesional services . prenticehal Inc., Englewood cliffs, N. J., 1984

- lovelock, christopher H. prentice - hall, Englewood. cliffs, N. J. 1984

Lovelock, Christopher H. and weibery, charles B. marketing for public and non profit managers. John Wiley & sonns , N. Y., 1984

- paul , vlmote samule, Gupta , G. S. Managerial Economics. concepts & cases. Tata McGraw _ Hill , New Delhil 1981

- Sallowy , Geffer colman. Health delivery system. Westview press, Boulder, Col., 1982.

ب ـ المقاوﻻت :

- Bloom, paul N. and vovelli william D. " problems and challenges in social marketing " Journal of marketing (Vol. 45 , spring 1981) , pp 79 - 88.

- Bochase, Richard. " Where Does the Customedr Fit in a service operation " Jour-

nal of Busines Review (Nov./ Dec. 1978). pp 137 - 142.

- Capon, Noel and mauster grary . " A review of novprofit marketing Texr" Journal of marketing (Vol. 461 summer 1982) pp. 132 - 149.

- Fuchs, victor R. " the growing demand for medical care" New england Hournal of medicin, (Vol. 279, No. 142 July 222,) PP. 19 ` 35.

- Karen, Fox A. and Holter, F. The marketing of Social Causes :

The First Ten Year " Jounal of Marketing (vol 44

- Neudeck Mari ellen McDonald Trens Affectitng Hospitals

- Muller Margarite Smit

- Sommer , Jurg H. "Health care costs out of control the experience of switzerland worl health forum Vol 6 ,1985 PP 3 - 18

- Congres social budget office , Budget optims for siscal year 1977 areport to the senatead housee commites and budget

- Medica demography in switzerland public Health and Future , outbook 1400 - 1474 -2000.